

La atención diferenciada de salud del anciano

Víctor Hugo Carrasco M.

Sección Geriatría, HCUCCh.

SUMMARY *The world's population is aging, leading to demographic phenomena hitherto unknown and indeed, different needs for health care, the hitherto prevailing system. Geriatrics is the medical specialty that focuses on overall health care of the elderly, including clinical, mental, social and functional. In Chile is a new discipline, with little more than a decade as a specialty college. His reason for being is that the elderly get sick in a different way, because the manifestations or symptoms of the disease, often have no direct relationship with the organ affected. Moreover, the pathological process may compromise the patient's autonomy, which often significantly change their future and that of his family. Geriatrics, through a diagnostic procedure and the resulting multidimensional intervention by an interdisciplinary team with varying levels of care, has been shown to improve prognosis and quality of life of many elderly.*

INTRODUCCIÓN

Frente a la interrogante muchas veces planteada por colegas de otras especialidades en relación a por qué debe existir una atención diferente para las personas de edad avanzada a través de una especialidad médica distinta, si hasta ahora, los mayores se han manejado perfectamente sin la Geriatría, se intentará a continuación dar algunas razones que justifiquen y respondan dicha inquietud.

RAZONES DEMOGRÁFICAS

Las sociedades de países llamados desarrollados vivieron durante las últimas décadas del siglo XX el fenómeno demográfico y social, que hasta entonces nunca había ocurrido en la humanidad: el envejecimiento de la población. La considerable disminución de las tasas de mortalidad infantil, el control de las tasas de fecundidad y mortalidad en todas las edades, generaron la llamada transición

demográfica, vale decir, el proceso gradual de envejecimiento. Esta realidad del primer mundo se está manifestando en los países en vías de desarrollo y por cierto, en Chile. Sin embargo, el proceso tiene importantes matices, pues la velocidad del cambio ha sido mucho mayor y en un contexto de desigualdad social y de pobreza, lo que está ocasionando un problema de grandes dimensiones socioeconómicas.

La evolución demográfica de Chile ha progresado a un perfil de país desarrollado. La deformación de la pirámide poblacional es cada vez más notoria en nuestra distribución poblacional (Tabla 1). La tasa de natalidad ha experimentado una notable baja hasta situarse en 2002 en el 8,5 por mil. (Tabla 2). La tasa de mortalidad se encuentra en el 5,3 por mil⁽¹⁾, debido fundamentalmente al progresivo bienestar y progreso social. Por lo tanto, el crecimiento natural de la población es del 1%, lo que lo convierte en uno de los países con el crecimiento poblacional

Tabla 1: Chile. Distribución porcentual de la población por sexo, según grupos quinquenales de edad. Censo 2002 y estimada al 2050

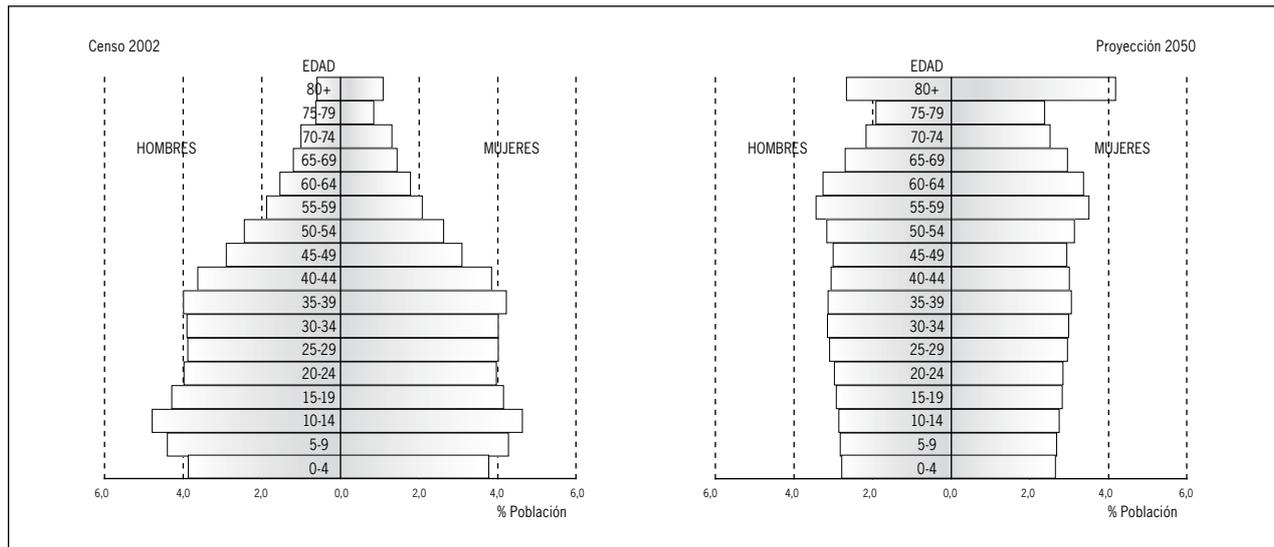


Tabla 2: Chile. Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo y la mortalidad infantil observadas, según periodos. 1950 - 2005

PERÍODO	Esperanza de vida al nacer (en años)			Mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)
	Total	Hombres	Mujeres	
1952-1953	54.85	52.95	56.83	120.3
1950-1955	54.80	52.91	56.77	120.3
1955-1960	56.20	53.81	58.69	118.3
1960-1961	57.07	54.35	59.90	117.1
1960-1965	58.05	55.27	60.95	109.0
1965-1970	60.64	57.64	63.75	89.2
1969-1970	61.53	58.5	64.68	82.4
1970-1975	63.57	60.46	66.8	68.6
1975-1980	67.19	63.94	70.57	45.2
1980-1985	70.7	67.38	74.16	23.7
1985-1990	72.68	69.59	75.89	18.4
1991-1992	74.26	71.37	77.27	14.3
1990-1995	74.34	71.45	77.35	14.1
1995-2000	75.71	72.75	78.78	11.5
2001-2002	77.08	74.37	80.40	8.5
2000-2005*	77.74	74.8	80.80	8.0

* Obtenidas por interpolación entre las tablas 2001-2002 y la tabla límite con esperanzas de vida al nacer de 8.0 para hombres y mujeres.

más bajo de América Latina junto con Argentina, Cuba y Uruguay. La pirámide de población ha evolucionado consecuentemente desde un perfil piramidal (muchísima población joven y poca población vieja) a un perfil campaniforme con su base más estrecha, lo que significa un incremento notable

de la población adulta con una media de edad por sobre los 30 años. En 2002, la tasa de personas mayores a 60 años fue del 11,4%⁽²⁾, cifra superior al 9,8% de 1992. Las proyecciones indican que en 2010 esta cifra alcance al 13% de la población total⁽³⁾. En Chile había en 2002 1.717.223 personas

de 60 años o más y se estima que el año 2025 estas personas aumentarán a 3.666.275 y representarán el 20,4% de la población. Dicho de otro modo, 1/5 de la población será adulto mayor, con todas las consecuencias que esto implica. Se estima que en 2050 la expectativa de vida al nacer superará los 79 años en los hombres y los 85 años, en las mujeres (Tabla 3). Además, los mayores de 80 años, se duplicarán en ese período.

Se podría afirmar entonces, que una primera razón que justifica la atención especializada para los ancianos, es que hay y habrá muchas personas de edad avanzada en nuestro país.

Tabla 3: Chile. Hipótesis de evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo, según quinquenios. 2000 - 2050

PERÍODO	Esperanza de vida al nacer (en años)		
	Hombres	Mujeres	Diferencial
2000 - 2005	74.80	80.80	6.00
2005 - 2010	75.49	81.53	6.04
2010 - 2015	76.12	82.20	6.08
2015 - 2020	76.68	82.81	6.13
2020 - 2025	77.19	83.36	6.17
2025 - 2030	77.64	83.86	6.22
2030 - 2035	78.04	84.31	6.27
2035 - 2040	78.40	84.71	6.31
2040 - 2045	78.72	85.08	6.36
2045 - 2050	79.00	85.40	6.40

RAZONES SANITARIAS

Sin embargo, la razón numérica no es única ni suficiente. Lo servicios de salud deben proveer prestaciones de salud a este creciente grupo etáreo con los costos que ello implica.

Uno de los estereotipos más extendidos sobre los ancianos es el que hace referencia a los viejos como usuarios excesivos, abusivos de las prestaciones que el sistema de salud les ofrece. Sin embargo, los ancianos utilizan el sistema sanitario más correctamente⁽⁴⁾ que la población adulta. De hecho, el problema que se encuentra habitualmente en los

ancianos es el infratratamiento y el tratamiento inadecuado. Valgan, con afán puramente ilustrativo, algunos ejemplos: sólo una de cada cinco mujeres recibe tratamiento con alguna forma de terapia de sustitución hormonal tras la menopausia⁽⁵⁾; sólo una de cada diez ancianas recibe tratamiento profiláctico con vitamina D y calcio⁽⁶⁾ para prevenir las fracturas; uno de cada tres pacientes mayores de 85 años con dolor diario por cáncer no recibe tratamiento analgésico alguno⁽⁷⁾; sólo uno de cada dos ancianos diagnosticados de depresión mayor recibe tratamiento antidepressivo^(8,9).

Respecto a la sobreutilización, es cierto que los ancianos acuden con más frecuencia a las consultas de los médicos e ingresan con más frecuencia en los hospitales que la población adulta, y si es así, la explicación pasa en buena parte, por la falta de capacidad y capacitación del sistema de salud para solucionar sus problemas o encausarlos adecuadamente, debido al abordaje tradicional de una atención especializada por cada órgano enfermo, y también es una manifestación de la insuficiencia de alternativas sociales, recreativas y culturales, que permitan ocupar satisfactoriamente el abundante tiempo libre del que muchas veces dispone este grupo de edad. Además hay algo indiscutible y es que simplemente hay más personas de edad avanzada y es en esta etapa de la vida donde se acumulan las enfermedades y éstas sufren frecuentes reagudizaciones. En el caso de los ingresos hospitalarios, la tendencia, así como la explicación, es similar: se alcanzan edades más avanzadas y las enfermedades crónicas se tratan mejor. La resultante es que hay más enfermos ancianos y además, tardan más tiempo en morir, manteniendo durante períodos más prolongados la situación de enfermo, muchos de ellos con una razonable calidad de vida. En un estudio realizado en Gran Bretaña se ha encontrado que más del 50% de los ancianos que viven en el medio comunitario con alguna incapacidad, ingresan en un hospital de agudos, casi por regla a un servicio o unidad de geriatría, al menos una vez a

lo largo de un período de dos años^(10,11). Es decir, los enfermos ancianos con enfermedades crónicas se mantienen en el medio comunitario, en sus viviendas, pero utilizando las infraestructuras pensadas inicialmente para enfermos agudos. Esto en ningún caso significa que utilicen incorrectamente los hospitales de agudos, sino que los ancianos con enfermedades crónicas y discapacitantes necesitan de los servicios que se proveen en los hospitales de agudos con mucha frecuencia al sufrir reagudizaciones o complicaciones de dichos procesos crónicos. Es decir, aunque es cierto que los ancianos usan con más frecuencia los servicios sanitarios, es porque lo necesitan. Por tanto, facilitarles el acceso y la disponibilidad a estos servicios es un imperativo ético de las sociedades modernas. Especialmente si tenemos en consideración que, por primera vez, existen datos que parecen indicar que las tasas de discapacidad están disminuyendo en las sociedades occidentales^(12,13), lo que hará aumentar aún más la necesidad de recursos de atención a personas ancianas con enfermedad aguda. Este fenómeno puede deberse a actividades preventivas en etapas precoces de la existencia o al cambio en los estilos de vida hacia hábitos más saludables, pero no puede descartarse que la mejoría en las condiciones de atención sanitaria a los ancianos también haya contribuido a esta disminución observada en las tasas de discapacidad. No es de esperar que cambios en los estilos de vida produzcan cambios en períodos cortos de tiempo, pero sí es posible que lo consigan intervenciones más directas como una asistencia sanitaria más adaptada y dirigida a las necesidades de salud de los ancianos, como la que se ha desarrollado en las tres últimas décadas en Estados Unidos y algunos países europeos como Reino Unido, Italia y España. Es decir, la implementación de Servicios de Geriatria en hospitales generales.

Por el contrario, también en la utilización de los servicios de salud, el problema fundamental en los ancianos es la infrautilización y de modo especial, en los sistemas sanitarios organizados según el

modelo del sistema nacional de servicios de salud chileno.

Buscar soluciones alternativas al abordaje clásico no tiene por qué ser malo, sino que puede incluso ser una necesidad. Además reúnen una característica común: ser *a priori* más baratas. Entre estas alternativas pueden mencionarse la hospitalización a domicilio, la asistencia a domicilio social y de salud, los centros de día, los hospitales de día, las residencias de diversos tipos, los equipos de soporte y atención domiciliaria, etc.

RAZONES BIOMÉDICAS

La medicina tradicional ha tenido como paradigma de su funcionamiento a lo largo de los dos últimos siglos la curación del paciente, la preservación de la salud y la lucha, o al menos el retraso, de la muerte. Frente a este paradigma, en la medicina geriátrica surge como objetivo primordial el mantenimiento de la función y de la calidad de vida. Parafraseando el manipulado eslogan, el paradigma se aleja progresivamente del objetivo de dar años a la vida para acercarse al de dar vida a los años. Este fenómeno es el lógico colofón de dos hechos fundamentales que se han producido en las sociedades desarrolladas y que se producirán en los próximos, pocos, años en el resto del mundo: 1) la expectativa de vida media está ya muy cerca de la máxima expectativa de vida media biológicamente plausible y 2) los modos de enfermar se han modificado.

Como ya señalaron Lohman⁽¹⁴⁾ y colaboradores en un estudio publicado en Nature a principios de la década de los 90, lo que ellos denominaban “años de vida potencialmente ganables” (la diferencia entre la máxima expectativa media de vida y la expectativa media de vida observada) sería en el año 2000 prácticamente de cero. La escasa diferencia hasta el cero se debería al pequeño porcentaje de muertes evitables en edades tempranas (mortalidad

perinatal en grandes malformados, enfermedades neoplásicas en la infancia y etapas precoces de la edad adulta, infarto de miocardio en menores de 55-60 años y accidentes). Todas estas causas representan un porcentaje de la mortalidad de poca relevancia en las poblaciones desarrolladas donde afortunadamente el grueso de la mortalidad se produce entre la población anciana. Como señalan los propios autores del trabajo y llevando el razonamiento a lo absurdo, podremos modificar la causa de la muerte, pero no el hecho de la muerte en sí misma ni retrasar el momento en que ésta se produzca.

Por tanto, si como grupo poblacional hemos alcanzado la máxima potencialidad de vida que la biología nos permite o nos encontramos muy próximos a ella, no tiene sentido plantear el objetivo de la atención sanitaria dentro del dualismo vida/muerte. Ni por consiguiente, medir las intervenciones en salud en términos de mortalidad. De este modo, se está dando respuesta o incluso no-respuesta, a problemas modernos con soluciones que parten de planteamientos antiguos. Pero además el envejecimiento se acompaña, por definición, de un aumento de la fragilidad biológica, psicológica y social, de una menor capacidad de respuesta a las modificaciones del medio que nos rodea, lo que algunos autores han venido en denominar homeostenosis^(15,16). El envejecimiento se acompaña de una pérdida de la masa ósea que predispone a la osteoporosis y a la fractura de cadera; de una elevación de la presión arterial que predispone a la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares; de la aparición de resistencia periférica a la insulina que junto a otros factores, facilita el desarrollo de diabetes; de alteraciones en el sistema inmune que predisponen a padecer infecciones, enfermedades autoinmunes y algunos tipos de tumores, etc. Pero el envejecimiento también se acompaña de pérdidas psicológicas (memoria, fluidez, rapidez mental) y cambios sociales (jubilación, fallecimiento de familiares y amigos, pérdida

de las redes de apoyo social) que modulan y condicionan las manifestaciones de la enfermedad y su pronóstico. En general, y con todas las matices, el anciano enfermo plantea tantas peculiaridades que ni los abordajes (procedimientos diagnósticos o terapéuticos) de uso habitual en los adultos no ancianos ni los profesionales (escasamente preparados y entrenados para atenderlos) son capaces de dar respuesta, ni por aproximación, a las necesidades de salud que plantean los ancianos. Lo que compromete aún más el futuro del sistema de salud si no se emprenden reformas sustantivas, ya que las proyecciones demográficas preveen que el grupo de población que más va a aumentar en valores absolutos y relativos es el de los llamados muy viejos (mayores de 75-80 años).

A esta mayor complejidad, que obliga a diseñar políticas de prevención y asistencia más globales, se añade otra peculiaridad: la frecuencia con que convergen varios factores de riesgo, varias noxas potenciales y varias enfermedades en el mismo anciano. Es este otro de los hechos que pone de manifiesto la obsolescencia del modelo de atención planteado por la medicina tradicional. Pierde sentido el abordaje tradicional basado en “un enfermo, un sólo órgano enfermo, una sola enfermedad” que, por ejemplo, propició el nacimiento de gran parte de las especialidades médicas. Es por ello que dichas especialidades médicas están orientadas hacia un órgano o sistema, mientras que el enfermo moderno, presenta dolencias originadas en varios órganos y sistemas a la vez y cuya evolución y pronóstico vienen condicionados y matizados por factores sociales, funcionales y mentales.

Con ser todo ello relevante, el principal factor diferencial de la enfermedad en el anciano es el impacto que ésta tiene sobre la función. La función se ha convertido en los últimos años en el mejor detector de enfermedad, en el principal factor productivo y en el principal objetivo terapéutico de la geriatría. Bien entendido, como ya se apuntó con

anterioridad, que aunque la pérdida de la función se origina de manera prioritaria por la conjunción de enfermedades y manifestaciones deletéreas del propio proceso de envejecimiento, viene matizada por condicionantes psicológicos y variables sociales que habrá que considerar en conjunto en cada sujeto.

CÓMO EVALUAR AL PACIENTE ANCIANO: LA TÉCNICA DE LA GERIATRÍA

La mayor complejidad del paciente anciano hace que su evaluación presente peculiaridades que la diferencian de la evaluación convencional, tradicional del resto de las disciplinas médicas. En lo que el Dr. Salgado Alba⁽¹⁷⁾ ha denominado “diagnóstico cuádruple dinámico”, la evaluación debe abarcar cuatro grandes aspectos:

- a) La valoración clínica (biomédica).
- b) La valoración funcional global.
- c) La valoración de las funciones mentales, con particular referencia a lo cognitivo y afectivo.
- d) La valoración social.

Todas ellas habrán de ser cuantificadas en su conjunto por el especialista en geriatría para trazar un plan diagnóstico y terapéutico en el sentido más amplio del término, plan diagnóstico y terapéutico que tendrá que tomar en consideración los cuatro ejes del diagnóstico con el fin de intervenir sobre los aspectos de cada uno de ellos sobre los que se deba y pueda intervenir. Es por eso que no es concebible el trabajo de un geriatra en soledad profesional. El geriatra es un profesional entrenado para trabajar en equipo, para integrar la información que él mismo es capaz de captar con la que le aportan otros profesionales y para diseñar una estrategia diagnóstica y terapéutica global para el paciente en la que participan activamente y se involucran el resto de profesionales del equipo.

De lo expuesto hasta ahora ha quedado de manifiesto la extraordinaria relevancia que la función tiene en lo relativo a la salud y el bienestar de los ancianos. Este concepto función ¿puede cuantificarse? ¿puede medirse? ¿puede hacerse abordable por las ciencias experimentales? Ya hemos hecho mención a que según S. Katz, la mejora de la calidad de vida es el objetivo en el tratamiento de las enfermedades crónicas. Es decir, la función puede medirse y los datos obtenidos de esa valoración funcional aportan información relevante desde un punto de vista pronóstico y terapéutico. Estas afirmaciones las realizó su autor a principios de la década de los ochenta, desde entonces han pasado casi treinta años.

Los instrumentos disponibles para medir la función son hoy día muy abundantes, pero como ocurre en otros campos, los más utilizados siguen siendo los que se diseñaron inicialmente y que se comentarán un poco más adelante. Antes de entrar en esta descripción algo más pormenorizada de dichos instrumentos, quizá sea útil una breve explicación respecto a las bases sobre las que dichas escalas de función se confeccionaron (especialmente las que miden función global). Estas escalas, en un principio, no fueron sino una manera de evaluar las necesidades de ayuda que los pacientes necesitaban. Es decir, se evalúa la función no de manera directa, sino a través de las consecuencias que su pérdida comporta: se mide el grado de pérdida de la autonomía, el grado de dependencia. Esta dependencia puede a su vez afectar a varios niveles de relación de la persona: desde el nivel más básico (que engloba a lo que se ha denominado autocuidado y que se refiere a las actividades imprescindibles para el cuidado personal), pasando por un nivel de complejidad intermedio (que engloba las actividades mínimas necesarias para mantener una vida de relación social suficiente) hasta alcanzar el más avanzado o sofisticado (que abarcaría actividades como la realización autónoma de viajes, actividades financieras complejas, etc.). Cada uno de

estos niveles se corresponde con las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, respectivamente.

Algunos clásicos de la geriatría han basado en la dependencia o independencia para estas actividades su diseño de la organización de la atención geriátrica. Quizás el más conocido de estos esquemas es el que establece la existencia de círculos concéntricos de actividades que van desde las avanzadas (círculo más externo) a las más básicas (círculo interior). De la dependencia o independencia para estas actividades se derivarían las necesidades de asistencia desde la simple supervisión informal para el círculo externo a la necesidad de cuidados formales para el círculo más interior. Esta concepción gráfica permite además visualizar fácilmente algunos de los errores que se suelen cometer al planificar los cuidados de los ancianos. Por citar sólo algunos de ellos, la tendencia a globalizar las necesidades de los ancianos y a mezclar y confundir en un peligroso *totum revolutum* lo sanitario y lo social, el cuidado formal con el informal, el anciano sano con el anciano enfermo y a éste con el anciano frágil. Este esquema, pone además énfasis en otro de los conceptos básicos en geriatría y del que se deriva la necesidad (no la conveniencia o la preferencia, sino la necesidad) de los cuidados continuados y los niveles asistenciales. Las necesidades de atención no son estáticas, sino claramente dinámicas, porque también la dependencia y el grado de la misma (que son quienes finalmente marcan las necesidades) son conceptos dinámicos. Lo que puede ser suficiente para un anciano puede ser claramente insuficiente para otro anciano o para el mismo anciano en otro momento o en otras circunstancias. De ahí la justificación teórica de los cuidados continuados y de los niveles asistenciales en geriatría y que ha sido ampliamente avalada por la evidencia experimental, como se puede ver en la literatura de primer nivel⁽¹⁸⁻²¹⁾. Una de las propiedades principales de estas actividades de la vida diaria es la relación jerárquica que mantienen en-

tre ellas. Aunque recientemente puesto en duda, aún puede afirmarse que las actividades de la vida diaria se pierden de manera jerárquica. Primero se pierden las avanzadas, luego las instrumentales y, por último, las básicas. Es cierto que en fases de transición puede coexistir la pérdida de alguna actividad básica con la conservación de alguna instrumental, pero esto es la excepción y no la norma y, en cualquier caso, esta situación es transitoria. El hecho de que las actividades guarden una relación jerárquica tiene implicaciones prácticas: ser dependiente para una actividad básica confiere un peor pronóstico que serlo para una instrumental. Las necesidades de ayuda serán superiores en aquellos sujetos con dependencia para actividades básicas y si detectamos dependencia en actividades básicas, no tiene ningún sentido evaluar las avanzadas y poco sentido evaluar las instrumentales, con la salvedad antes citada.

Cabe decir que cada uno de estos niveles se estructura alrededor de una serie de actividades concretas y que las distintas escalas que se utilizan para evaluar el grado de dependencia para cada uno de ellos, se han validado conteniendo unos ítems concretos.

Como ya se ha repetido, la severidad de la dependencia causada por una enfermedad con un grado concreto de afectación varía en relación con otros componentes que condicionan dicha dependencia y que abarcan desde el grado de aceptación de la enfermedad por parte del paciente, hasta la existencia de barreras arquitectónicas. No poder bajar escaleras puede hacer a un anciano, que vive en un tercer piso sin ascensor, dependiente para todas las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) y sólo modificar mínimamente su autonomía en algunas de las actividades avanzadas si vive en un primer piso.

En segundo lugar, de manera separada, se efectúa una evaluación de la esfera mental centrada en

Tabla 4. Test Minimental o Mini-Mental State Examination (MMSE)

ORIENTACIÓN

Qué día de la semana es hoy, cuál es la fecha de hoy, en qué mes estamos, en qué estación del año estamos.		5
Qué dirección es ésta, en qué país, en qué ciudad, cuáles son 2 calles principales cerca de aquí, en qué piso.		5

REGISTRO

Nombrar tres objetos lentamente árbol, mesa, avión		3
--	--	---

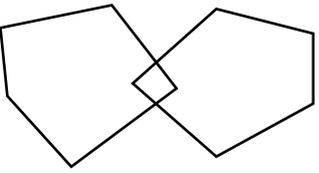
ATENCIÓN Y CÁLCULO

Reste 7 a 100, continúe restando 7 hasta que le diga.	93		86		79		72		65				5
Ahora voy a decir un número de 5 dígitos, repita los dígitos al revés.													

MEMORIA

Cuál eran los 3 objetos que le pedí recordara. árbol, mesa, avión		3
---	--	---

LENGUAJE

Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres.		2
Repetir “tres perros en un trigal”.		1
Tome el papel con ambas manos, dóblelo por la mitad y colóquelo en sus rodillas.		3
Lea y obedezca lo siguiente: “CIERRE LOS OJOS”.		1
Escriba una oración.		1
Copie este dibujo.		1
Puntuación total:		30

Punto de corte para lo anormal: 24.

lo cognitivo y afectivo. ¿Es porque la función mental no interviene en la función global? Más bien es al contrario. De hecho, hay personas con un excelente estado de salud físico, pero un mal estado funcional global por una deficiente situación mental (por ejemplo, los enfermos con demencia en estado leve e incluso moderado). Pero también se puede tener una alteración del estado afectivo (por ejemplo, un trastorno depresivo de intensidad moderada) sin que se modifique la situación funcional global. Esta disparidad entre lo mental y lo funcional no se da en el terreno de la función física, donde su afectación sí guarda

mayor paralelismo con el nivel de autonomía que puede mantener un sujeto. En caso de que la valoración hubiera de hacerse en lugares especiales (por ejemplo, centros o unidades de rehabilitación) en la que lo físico cobra una mayor relevancia, es claro que habrá de evaluarse de manera separada este aspecto particular de la función global, para lo que también existen escalas específicas.

¿Cuáles son los instrumentos de valoración concretos para cada uno de los cuatro ejes que componen el diagnóstico en geriatría? Siguiendo el mismo orden en que se enunciaron, empezaremos

por el diagnóstico clínico. Quizá sea éste, junto a la medición de la función, el componente fundamental de la valoración. Pero de manera sorprendente, es muy escasa la elaboración teórica y práctica que se ha realizado sobre este aspecto. Son pocas las enfermedades o síndromes para los que existe una gradación cuantificable y reproducible de gravedad y no está muy depurado el significado pronóstico de las mismas. Además, la práctica clínica en el anciano presenta muchas peculiaridades que van desde las técnicas de recogida de la información a la valoración semiológica de los mismos, la repercusión de cada una de las enfermedades sobre los síntomas y la función, la importancia de la yatrogenia etc., que aunque por sí solas justificarían un texto completo, quedan fuera del objetivo de este análisis.

Para la valoración de la función global cabe utilizar dos escalas para las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) y una para las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria). Para las ABVD, la más utilizada en el mundo es el índice de ABVD de Katz⁽²²⁾, bien en su versión original o en alguna de sus adaptaciones posteriores, y la escala de Barthel⁽²³⁾. En el caso de las actividades instrumentales, la escala más extendida es la de Lawton y Brody⁽²⁴⁾.

Para la valoración de la función cognitiva, el cuestionario de más amplio uso es el *Minimental* de Folstein, validado en Chile (Tabla 4)⁽²⁵⁾ y también el *test* de Pfeiffer (*Short Portable Mental Status Questionnaire* - SPMSQ) (Tabla 5)⁽²⁶⁾, aunque existen otros más especializados, pero que exigen mayor tiempo para pasarlos.

Existen tres versiones (normal y abreviadas, de 30, 15 y 5 preguntas respectivamente) de la escala de Yesavage (Tabla 6)⁽²⁷⁾, también conocida como Escala de Depresión Geriátrica o GDS (*Geriatric Depression Scale*, a no confundir con la escala de Reisberg para la valoración global de

Tabla 5. Test de Pfeiffer

¿Cuál es la fecha de hoy?	<input type="text"/>
¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre de este sitio?	<input type="text"/>
¿Cuál es su número de teléfono?	<input type="text"/>
¿Cuál es su dirección? (solo si no tiene teléfono)	<input type="text"/>
¿Qué edad tiene?	<input type="text"/>
¿Cuándo nació?	<input type="text"/>
¿Cómo se llama el Presidente de Chile?	<input type="text"/>
¿Cómo se llama el anterior Presidente?	<input type="text"/>
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	<input type="text"/>
Reste de tres en tres desde veinte	<input type="text"/>

0-2 errores: normal. 3-4 errores: deterioro leve. 5-7 errores: deterioro moderado. 8-10 errores: deterioro grave.

Tabla 6. Escala de depresión geriátrica YESAVAGE

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA (GDS - 15)	
Nombre	Edad
Fecha:	
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI / NO
2. ¿Ha abandonado usted muchos intereses y actividades? ..	SI / NO
3. ¿Siente usted que su vida está vacía?	SI / NO
4. ¿Se siente usted frecuentemente aburrido?	SI / NO
5. ¿Está usted de buen humor la mayoría del tiempo?	SI / NO
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?	SI / NO
7. ¿Se siente usted feliz la mayoría del tiempo?	SI / NO
8. ¿Se siente usted a menudo impotente?	SI / NO
9. ¿Prefiere usted quedarse en el cuarto en vez de salir?	SI / NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que los demás? ...	SI / NO
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar viviendo?	SI / NO
12. ¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?	SI / NO
13. ¿Se siente usted lleno de energía?	SI / NO
14. ¿Se siente usted sin esperanza?	SI / NO
15. ¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	SI / NO
TOTAL subrayados

Punto de corte: 5 respuestas subrayadas sugieren posible presencia de depresión.

deterioro en los pacientes con demencia) que es el principal instrumento de valoración del estado del humor. Finalmente, la valoración social está

menos estructurada, aunque en Chile está teniendo bastante difusión la denominada Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional - CAsEN, pero no es un instrumento exclusivo de las personas de edad avanzada.

Evidentemente esta breve enumeración de las escalas de uso más frecuente no es en ningún

caso exhaustiva, no excluye la utilización de otras escalas en medios concretos o pacientes concretos, ni excluye la evaluación abierta (no estructurada) de los aspectos que se consideren oportunos para una mejor valoración geriátrica integral.

REFERENCIAS

1. INE. Anuario de estadísticas vitales 2003, pag. 59.
2. INE. Síntesis censo 2002.
3. INE, Anuario de estadísticas vitales 2003.
4. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995;332:1338-44.
5. Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Hopkins R Jr, Forcica MA, Owens DK *et al.* Pharmacologic treatment of low bone density or osteoporosis to prevent fractures: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008;149:404-15.
6. Zhu K, Devine A, Dick IM, Wilson SG, Prince RL. Effects of calcium and vitamin D supplementation on hip bone mineral density and calcium-related analyses in elderly ambulatory Australian women: a five-year randomized controlled trial *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:743-9.
7. Muravchick S. Geroanesthesia. Principles for management of the elderly patient. Harcourt Brace 1997.
8. García Solano F. Midiendo la prevalencia de la depresión. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36:127-30.
9. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999;156:1182-9.
10. Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) and Resource Implications Study (RIS MRC CFAS). Profile disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *BMJ* 1999;318:1108-11.
11. Naylor MD, Brosten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV *et al.* Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281:613-20.
12. Allaire SH, LaValley MP, Evans SR, O'Connor GT, Kelly-Hayes M, Meenan RF *et al.* Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: the Framingham heart study. *Am J Public Health* 1999;89:1678-83.
13. Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:92-100.
14. Lohman PH, Sankaranarayanan K, Ashby J. Choosing the limits to life. *Nature* 1992;357:185-6.
15. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1069-70.

16. Walter Bradford Cannon. Homeostasis from "The Wisdom of the Body"; 1932.
17. Valero Ubierna C, Regalado Doña PJ, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT, Salgado Alba. Valoración geriátrica integral: deferencia del perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998;33:81-90.
18. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2005;71:45-9.
19. Parker SG, Fadayevatan R, Lee SD. Acute hospital care for frail older people. *Age Ageing* 2006;35:551-2.
20. Palmer RM, Counsell SR, Landefeld SC. Acute care for elders unit. Practical considerations for optimizing health outcomes. *Dis Manage Health Outcomes* 2003;11:507-17.
21. Baztan JJ, Suarez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home. And case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009;338:1-9.
22. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:721-7.
23. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 1965;14:56-61.
24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1989;9:179-83.
25. Quiroga P, Albala C, Klaasen G. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Méd Chile* 2004;132:467-78.
26. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23:433-41.
27. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

CORRESPONDENCIA

Dr. Víctor Hugo Carrasco Meza
 Sección Geriátrica, Departamento de Medicina
 Hospital Clínico universidad de Chile
 Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 978 8546
 Fax: 735 5862
 E-mail: vcarrasco@redclinicauchile.cl

